

Les défis de la prescription d'activité physique adaptée

David Communal,

*maître de conférences associé à mi-temps (MAST) F2SMH,
département Activité physique adaptée (APA),
chercheur associé au CreSco, Toulouse,*

Marion Elissalde,

*chargée de mission, référente régionale Nutrition,
pôle Environnements, Promotion et Prévention en santé,
direction de la Protection de la santé et de l'autonomie,
agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine,*

Yves Morales,

*maître de conférences, HDR – F2SMH,
directeur adjoint du CreSco (EA 7419), Toulouse.*

L'ESSENTIEL

► **L'offre professionnelle en activité physique adaptée (APA) est disparate. Des stratégies régionales Sport-Santé Bien-Être sont déclinées à géométrie variable sur le territoire. Ces initiatives locales – portées par des médecins, associations sportives et collectivités territoriales – visent toutes à favoriser les collaborations entre groupes professionnels.**

Depuis le début des années 2000, une succession de plans et de programmes (les programmes nationaux Nutrition Santé, les plans Cancer, le plan national Bien vieillir, le plan Obésité...), lois et décrets ont permis d'assurer la promotion de la santé par l'activité physique [1]. Depuis l'élaboration en décembre 2012 du premier plan national Sport-Santé Bien-Être, un intérêt particulier est accordé aux personnes souffrant de maladies chroniques, à mobilité réduite, âgées et/ou en situation de précarité [2]. Dans le même temps, les preuves scientifiques apportées par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale – Inserm (2008, 2019), l'Agence nationale de sécurité sanitaire et de l'alimentation – Anses (2016) et la Haute Autorité de santé – HAS (2011, 2022) donnent une assise clinique et épidémiologique à la prescription d'une activité physique adaptée pour lutter contre les risques liés à la sédentarité et agir comme thérapeutique non médicamenteuse (décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016). Ces deux orientations se conjuguent pour donner sens à ce que Fassin [3] caractérise comme une nouvelle généalogie de la santé publique. Entre politisation et médicalisation, un chemin se construit pour faire de l'activité physique adaptée un objet-passerelle.

D'un autre côté, les rapports de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et les lois de santé publique qui en résultent (2004, 2009, 2016, 2019) invitent les personnes à être responsables de leur santé, assimilée à un capital à protéger à travers l'adoption de comportements favorables à son maintien. À travers les normes préventives diffusées, cette forme de gouvernement des corps a pour objectif affiché que le sujet devienne acteur autonome de sa santé, en se contraignant à la favoriser et en étant proactif dans la prévention de ses conduites. La participation des usagers dans des collectifs de travail pluridisciplinaires (chercheurs, professionnels de santé, enseignants en APA, patients) paraît être en ce sens « *un formidable levier pour lutter contre les inégalités de santé* » [4].

Dans ce contexte favorable à la prévention-santé par l'activité physique, la mobilisation des médecins en matière de prescription est promue par les pouvoirs publics. Cependant, ce secteur reste complexe tant l'offre professionnelle en activité physique adaptée (APA) est disparate.

Des réseaux territoriaux du Sport-Santé Bien-Être

Face à ce déploiement du sport-santé, le référencement de professionnels compétents et des structures-ressources devient rapidement une priorité pour les pouvoirs publics [5]. Dès la mise en œuvre du plan national Sport-Santé Bien-Être¹, un pôle national SSBE est créé afin de faciliter le lien entre les prescripteurs et les acteurs de terrain. Cette dynamique est relayée sur les territoires par la mise en place de stratégies régionales SSBE, portées par les agences régionales de santé (ARS) et les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS). Des dynamiques de coordinations se sont alors construites en fonction d'initiatives locales, portées par des médecins, des associations sportives et des collectivités territoriales. Elles visent toutes à favoriser les collaborations entre groupes professionnels [2].

Ainsi, sur l'ensemble du territoire, les déclinaisons régionales sont inspirées de la culture locale et influencées par des acteurs historiques du sport-santé, telles que Bretagne Sport-Santé, programme SSBE de la Bretagne ;

le dispositif Prescri'mouv pour le Grand-Est ; le dispositif Prescription d'exercice physique pour la santé – Peps pour la Nouvelle-Aquitaine ; ou encore Prescri'Forme impliquant 420 médecins pour l'Île-de-France. Objectif : faciliter la pratique d'activité physique à des fins de santé par la mise en réseau d'acteurs compétents en activité physique adaptée (APA et/ou sport-santé) suivant des critères de qualités validés, voire labélisés par chaque région.

En appui de ces initiatives, dans le cadre de la *Stratégie nationale Sport-Santé 2019-2024*², 573 maisons Sport-Santé sont labélisées et proposent une offre sportive en prévention en assurant les rôles d'accueil, d'information et d'orientation des publics. Ces dispositifs restent soumis à une démarche de prescription de l'activité physique, dont le médecin est l'ordonnateur.

Peu de ressources pour les prescripteurs

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé propose une nouvelle possibilité dans l'arsenal thérapeutique du médecin au bénéfice de son patient. Ainsi, l'article 144 précise que le médecin traitant peut désormais prescrire « *une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient* » reconnu en affection longue durée (ALD). Avec le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016, les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée sont précisées. Cependant, il faut attendre les instructions ministérielles du 3 mars 2017 [6] et la présentation du guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée pour disposer d'un texte visant à mieux cadrer les modalités de la prescription en identifiant les professionnels-ressources pouvant jouer un rôle d'opérateurs.

La loi de démocratisation du sport du 2 mars 2022 ouvre davantage encore la prescription d'activité physique adaptée (APA) aux personnes ayant une maladie chronique – diabète, cardiopathie, cancer, etc. – ou présentant des facteurs de risques (hypertension, obésité, etc.), ainsi qu'aux personnes en perte d'autonomie. Les travaux de Bloy et al [7] relèvent les difficultés que les médecins rencontrent pour cette nouvelle activité médicale qu'est la prescription d'activité physique

adaptée : faible estime de soi, manque de motivation, sentiment d'incapacité, amalgame entre performance sportive et pratique d'activité physique adaptée, perception d'un manque de crédibilité face aux patients, etc. De plus, ces prescripteurs sont en difficulté pour trouver les professionnels et les structures-ressources en activité physique dans l'environnement de leur patient. Ils s'inquiètent également du statut juridique de la prescription et des obligations légales auxquelles elle renvoie. Cette préoccupation est amplifiée par l'évolution relative au certificat médical d'absence de contre-indication (Caci). En effet, depuis 2016, les fédérations sportives et leurs assurances décident si la présentation d'un Caci est nécessaire pour l'accès à la licence, elles en déterminent la fréquence et parfois même le format. Enfin, leurs préoccupations portent sur la sécurité de leur patient face au sport-santé dont ils connaissent peu les modèles d'interventions. Du reste, les qualifications dans ce secteur professionnel sont très nombreuses et inégales dans leurs contenus. De multiples intervenants revendiquent des compétences et sont en concurrence [8]. La diversité des professionnels et les critères définis par l'arrêté de 2017 brouillent les pistes pour une orientation sécurisée des patients. Le travail en réseau et les relations interpersonnelles que tissent le médecin avec des encadrants sportifs ou

des structures d'accueil deviennent souvent essentiels pour nourrir la confiance et pour soutenir l'engagement dans la prescription ; mais dans le même temps, ils confortent le manque d'homogénéité constaté pour ce secteur [9].

De multiples professionnels habilités

Initialement, l'activité physique adaptée (APA) est une discipline encadrée par des enseignants en APA (licence sciences et techniques des activités physiques et sportives – STAPS, APA Santé), qui s'est déployée en France à partir des années 1980 [10]. Depuis l'évolution de la législation concernant la prescription et la dispensation de l'APA (au 1^{er} mars 2017), son encadrement devient possible pour d'autres professionnels [6]. Ainsi, les ergothérapeutes, les psychomotriciens et les masso-kinésithérapeutes peuvent également assurer l'accompagnement en activité physique de tout public, quelles que soient ses limitations fonctionnelles et ses aptitudes, dans des contextes précis. Avec l'arrêté du 8 novembre 2018 [11], la liste des professionnels habilités prend en compte les formations complémentaires que les éducateurs sportifs du milieu fédéral peuvent valider afin d'être autorisés à assurer « la dispensation d'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée » de limitations faibles à modérées.

Il doit y avoir une concordance entre les besoins et les capacités de la personne et le niveau de formation des professionnels qui l'accompagnent [8]. Dans tous les cas, cette situation complexifie l'appréhension par le médecin et par son patient de l'orientation vers le professionnel le plus qualifié. Certaines dynamiques Sport-Santé Bien-Être régionales proposent alors de recourir à des coordinateurs en activité physique adaptée (APA) de proximité, généralement de formation master STAPS en APA, afin d'assister médecins et patients dans cette démarche. Ces coordinateurs peuvent, à la suite d'un entretien/bilan en activité physique adaptée, faciliter l'accès aux offres de proximité les mieux adaptées aux besoins, attentes et capacités de la personne, comme le proposent les ateliers-passerelles en APA (voir article « Programmes-passerelles en activité physique adaptée : faire face aux défis de la prescription », dans ce dossier). Cette médiation permet également des réajustements, au fil de l'accompagnement selon les besoins du patient, en lien avec le médecin. ■

1. SSBE 2012-2018 : <https://www.sports.gouv.fr/strategie-nationale-sport-sante-2019-2024-85>

2. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/le_4_pages_de_la_snss_.pdf

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Vuillemin A., Lecomte F., Prévot-Ledrich F.J. *Analyse des politiques publiques nationales de promotion de l'activité physique bénéfique pour la santé. Rapport d'enquête 2015-2016. HEPAPAT France, Société française de santé publique (SFSP)*. Laxou : SFSP, 2016 : 108 p. En ligne : https://www.sfsp.fr/images/docs/lire_et_ecrire/les_rapports_de_la_sfsp/ra_hepa_pat1216.pdf

[2] Illivi F., Honta M. La mise en œuvre du plan « Sport, Santé, Bien-être » en région. Un processus d'ajustements continus. *Santé publique*, 2019, vol. 31, n° 4 : p. 475-484. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-4-page-475.htm>

[3] Fassin D. 1 – Les impensés des inégalités sociales de santé. In Niewiadomski C. (dir.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé. Politiques publiques et pratiques professionnelles*. Presses de l'EHESS, coll. Recherche, Santé, Social, 2008 : p. 19-28. En ligne : <https://www.cairn.info/lutter-contre-les-inegalites-sociales-de-sante--9782859529840-page-19.htm>

[4] *Rapport 2012 sur les droits des usagers « Réduire les inégalités d'accès à la santé... en renforçant la participation des usagers »*. Conférence nationale de santé,

rapport adopté en assemblée plénière le 2 avril 2013. Paris : ministère des Affaires sociales et de la Santé, 26 p. En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_droits_usag_cns_2012_jol_vuav_220413.pdf

[5] Morales Y. La fabrique du sport santé. Une cause sanitaire mobilisant le mouvement sportif associatif (1970-2012). In : Perrin C., Perrier C., Issanchou D. *Bouger pour la santé ! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine*. Grenoble : PUG, 2022.

[6] *Instruction interministérielle no DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du Code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée*. Paris : ministère des Affaires sociales et de la Santé. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/42071>

[7] Bloy G., Moussard Philippon L., Rigal L. Les médecins généralistes et le conseil en activité physique : des évidences aux contingences de la consultation. *Santé publique*, 2016, vol. 1, n° HS : p. 153-161. En

ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-HS-page-153.html>

[8] Perrin C. L'intervention en AP auprès des patients en affection de longue durée : entre professionnalité émergente et organisations innovantes in W. Gasparini et S. Knobé « Le sport-santé : sociologie d'une nouvelle catégorie de l'action publique », Strasbourg : PUS, 2021 : p. 101-122.

[9] Cour des comptes. *La Prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Construire une priorité partagée*. [Rapport public thématique]. Paris : Cour des comptes, 2021 : 186 p.

[10] Brier P. *L'Odyssée de l'Activité Physique Adaptée (APA) : Sociohistoire d'un concept polysémique (1972 à 2021)*. Paris : L'Harmattan, coll. Mouvement des savoirs, 2021 : 334 p.

[11] Ministère des Solidarités et de la Santé et ministre des Sports. *Arrêté du 8 novembre 2018 relatif à la liste des certifications fédérales autorisant la dispensation d'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée*. Paris : JORF, 29 novembre 2018.